**NR 1 Skala ADL wg Katza**

|  |
| --- |
| **PACJENT SAMODZIELNY:**                                                                                         **TAK/NIE** |
|  |
| Interpretacja:  6–5 pkt – pełna sprawność,  4–3 pkt – umiarkowana niesprawność;  <3 pkt – ciężka niesprawność |

|  |
| --- |
| **Kąpanie się**      (mycie się gąbką, kąpiel w wannie lub pod prysznicem) nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest przy myciu jednej części ciała |
| **Ubieranie się**  ubiera się bez pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek |
| **Korzystanie z toalety**   idzie do toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez pomocy (może używać laski lub chodzika, a w nocy basenu lub nocnika) |
| **Poruszanie się**   przemieszcza się do/z łóżka lub na krzesło bez pomocy, może korzystać z laski lub chodzika |
| **Kontrolowane wydalanie moczu i stolca**  całkowicie panuje nad zwieraczami, bez sporadycznych epizodów nietrzymania |
| **Jedzenie**   odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem) |

**NR 2 Skala I**‑**ADL według Lawtona**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy potrafsz korzystać z telefonu? | |
| bez pomocy | 3 |
| z niewielką pomocą | 2 |
| zupełnie nie jestem w stanie korzystać | 1 |
| Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru, np. komunikacją miejską? | |
| bez pomocy | 3 |
| z niewielką pomocą | 2 |
| zupełnie nie jestem w stanie podróżować, dopóki nie poczyni się specjalnych przygotowań | 1 |
| Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze? | |
| bez pomocy | 3 |
| z niewielką pomocą | 2 |
| nie jestem w stanie robić jakichkolwiek zakupów | 1 |
| Czy możesz samodzielnie przygotowywać sobie posiłki? | |
| bez pomocy | 3 |
| z niewielką pomocą | 2 |
| nie jestem w stanie przygotowywać żadnych posiłków | 1 |
| Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe, np. sprzątanie? | |
| bez pomocy | 3 |
| z niewielką pomocą | 2 |
| nie jestem w stanie wykonywać jakichkolwiek prac domowych | 1 |
| Czy możesz samodzielnie dokonywać drobnych napraw w domu, majsterkować? | |
| bez pomocy | 3 |
| z niewielką pomocą | 2 |
| nie jestem w stanie wykonywać nawet drobnych napraw ani majsterkować | 1 |
| Czy możesz samodzielnie wyprać swoje rzeczy? | |
| bez pomocy | 3 |
| z niewielką pomocą | 2 |
| nie jestem w stanie wyprać czegokolwiek | 1 |
| Czy samodzielnie przyjmujesz leki? | |
| bez pomocy, właściwe dawki we właściwym czasie | 3 |
| z niewielką pomocą (ktoś przygotowuje leki i/lub przypomni o konieczności ich zażycia) | 2 |
| nie jestem w stanie samodzielnie zażywać leków | 1 |
| Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi? | |
| bez pomocy | 3 |
| z niewielką pomocą | 2 |
| nie jestem w stanie gospodarować pieniędzmi | 1 |
| Interpretacja:  bezwzględna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta;  zmniejszenie tej liczby w czasie świadczy o pogarszaniu się stanu ogólnego. | |

**NR 3 Skala Barthel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **CZYNNOŚĆ** | **Nie potrafi** | **Potrafi z pomocą** | **Potrafi samodzielnie** |
| Spożywanie posiłków | 0 | 5 | 10 |
| Przechodzenie z łóżka na wózek i odwrotnie | 0 | 5 | 15 |
| Utrzymanie higieny osobistej | 0 | 0 | 5 |
| Korzystanie z WC | 0 | 5 | 10 |
| Mycie/kąpiel całego ciała | 0 | 0 | 5 |
| Przejście 50 m (z ewentualną pomocą sprzętu) | 0 | 5 | 10 |
| Chodzenie po schodach | 0 | 5 | 10 |
| Jazda na wózku | 0 | 0 | 5 |
| Ubieranie się i rozbieranie | 0 | 5 | 10 |
| Kontrola zwieraczy odbytu | 0 | 5 | 10 |
| Kontrola zwieraczy pęcherza moczowego | 0 | 5 | 10 |
| **Interpretacja:**  100–85 pkt – stan funkcjonalny dobry,  84–20 pkt – upośledzenie funkcjonalne średniociężkie,  <20 pkt – ciężka niesprawność | | | |

**NR 4 Test „Wstań i Idź” – Timed Up and Go (TUG)**

|  |
| --- |
| Badany siedzi na krześle z plecami opartymi o oparcie (odległość siedziska od podłoża 46 cm). Na komendę „START” badany ma za zadanie: |
| 1) wstać z krzesła,  2) pokonać po płaskim terenie w normalnym tempie dystans 3 metrów,  3) przekroczyć linię kończącą wyznaczony dystans,  4) wykonać obrót o 180 stopni,  5) wrócić do krzesła i ponownie zająć pozycję siedzącą. |
| Wynikiem testu jest czas potrzebny na wykonanie zadania.  **Interpretacja:**  <10 s – norma, sprawność funkcjonalna prawidłowa,  10–19 s – badany może samodzielnie wychodzić na zewnątrz, nie potrzebuje sprzętu pomocniczego do chodzenia, samodzielny w większości czynności dnia codziennego, wskazana pogłębiona ocena ryzyka upadków (np. wykonanie testu Tinetti POMA),  20–29 s – częściowo ograniczona sprawność funkcjonalna, wskazana bardziej szczegółowa ocena,  ≥30 s – znacznie ograniczona sprawność funkcjonalna, nie może sam wychodzić na zewnątrz, zalecany sprzęt pomocniczy do chodzenia, wymaga pomocy przy prawie każdej aktywności dnia codziennego. Czas wykonania testu wynoszący ≥14 s wskazuje na duże ryzyko upadków. |

**NR 5 Skala oceny równowagi i chodu Tinetti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Test równowagi** Badany siedzi na twardym krześle bez poręczy. Wykonuje niżej wymienione zadania. | | |
| **NAZWA** | **CZYNNOŚĆ** | **WYNIK** |
| Równowaga w czasie siedzenia | Pochyla się lub ześlizguje z krzesła -**0**pkt  Zachowuje równowagę zabezpieczony-**1**pkt |  |
| Wstawanie z miejsca | Niezdolny do samodzielnego wstania-**0**pkt  Wstaje ale sam pomaga sobie rękami-**1**pkt  Wstaje bez pomocy rąk-**2**pkt |  |
| Próby wstawania z miejsca | Niezdolny do wstania bez pomocy-**0**pkt  Wstaje ale potrzebuje kilku prób-**1**pkt  Wstaje przy pierwszej próbie-**2**pkt |  |
| Równowaga bezpośrednio po wstaniu z miejsca (pierwsze 5 sekund) | Stoi niepewnie(zatacza się, przesuwa, stopy, wyraźnie kołysze tułowiem)-0pkt  Stoi pewnie ale podpiera się, używając chodzika, laski lub chwyta inne przedmioty-1 pkt  Stoi pewnie bez żadnego podparcia-2pkt |  |
| Równowaga podczas stania | Stoi niepewnie-0pkt  Stoi pewnie ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości >10 cm od siebie) lub podpierając się laską chodzikiem itp.-1pkt  Stoi ze stopami złączonymi, bez podparcia-2 pkt |  |
| Próba trącenia (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłonią w klatkę piersiową na wysokości mostka) | Zaczyna się przewracać- 0pkt  Zatacza się, chwyta się przedmiotów ale samodzielnie utrzymuje pozycję-1pkt  Stoi pewnie-2pkt |  |
| Próba trącenia przy zamkniętych oczach | Stoi niepewnie-0pkt  Stoi pewnie -1 pkt |  |
| Obracanie się o 360 stopni | Ruch przerywany-0pkt  Ruch ciągły-1pkt  Niepewnie, zataczanie się, chwytanie przedmitów-0pkt  Pewnie-1pkt |  |
| Siadanie | Niepewnie (źle ocenia odległość, opada na krzesło)-0pkt  Pomaga sobie rękoma lub ruch nie jest płynny-1pkt  Pewny płynny ruch-2 pkt |  |
|  |  | **…../16** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Test chodu** Badany stoi obok badającego, idzie wzdłuż korytarza lub przez pokój-najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w sposób bezpieczny (może korzystać z laski lub chodzika jeśli posługuje się nim na co dzień) | | |
| **NAZWA** | **CZYNNOŚĆ** | **WYNIK** |
| Zapoczątkowanie chodu (bezpośrednio po wydaniu polecenia) | Jakiekolwiek nie zdecydowanie, wahanie lub kilkukrotne próby ruszenia z miejsca -**0**pkt  Start bez wahania-**1**pkt |  |
| Długość i wysokość kroku | **Zasięg ruchu prawej stopy przy wykroku**  Nie przekracza miejsca stania lewej stopy-**0**pkt  Przekracza położenie lewej stopy-**1**pkt  Prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi-**0**pkt  Prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogę-**1**pkt  **Zasięg ruchu lewej stopy przy wykroku**  Nie przekracza miejsca stania prawej stopy-**0**pkt  Przekracza położenie prawej stopy-**1**pkt  lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi-**0**pkt  lewa stopa całkowicie unosi się nad podłogę-**1**pkt |  |
| Symetria kroku | Długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa-**0**pkt  Długość kroku obu stóp wydaję się równa-**1**pkt |  |
| Ciągłość chodu | Zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu-**0**pkt  Chód wydaje się ciągły-**1**pkt |  |
| Ścieżka chodu (oceniać na odcinku ok. 3m, odnotować odchylenia rzędu 30 cm) | Wyraźne odchylenie od toru-**0**pkt  Niewielkie lub średniego stopnia odchylenie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laski)-**1**pkt  Prosta ścieżka bez korzystania z pomocy-**2** pkt |  |
| Tułów | Wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych- **0**pkt  Nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodu zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona-**1**pkt  Pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan, pleców, nie angażuje kończyn górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych-**2**pkt |  |
| Pozycja podczas chodzenia | Piety rozstawione-**0**pkt  Piety prawie stykają się podczas chodzenia -**1** pkt |  |
| **…../12** | | |
| **Wyniki**…………    (punkty z obu testów należy zsumować)  **Interpretacja:**  Poniżej 19 punktów – wysokie ryzyko upadku, ryzyko upadku wzrasta 5 krotnie  19-24 punkty – skłonność do upadków  Powyżej 24 punktów – niskie ryzyko upadków lub ich brak | | |

**NR 6 Mini**‑**Mental State Examination (MMSE)**

|  |
| --- |
| Orientacja w czasie i w miejscu |
| Jaki jest teraz rok?  Jaka jest teraz pora roku?  Jaki jest teraz miesiąc?  Jaka jest dzisiaj data (którego dzisiaj mamy)?  Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia?  W jakim kraju się znajdujemy?  W jakim województwie się znajdujemy?  W jakim mieście się teraz znajdujemy?  Jak nazywa się miejsce, w którym się teraz znajdujemy?  Na którym piętrze teraz jesteśmy? |
| Zapamiętywanie |
| Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan/Pani powtórzył/a (poniższe słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie – jedno słowo na sekundę)  BYK         MUR        LAS  Proszę je zapamiętać, bo zapytam o nie powtórnie za kilka minut. |
| Uwaga i liczenie (za każdy poprawny wynik 1 pkt, maks. 5 pkt) |
| Proszę odejmować kolejno od 100 po 7, aż powiem „stop”. |
| Przypominanie |
| Proszę wymienić trzy słowa, które Pan/i miał/a wcześniej zapamiętać.  BYK       MUR       LAS |
| Funkcje językowe |
| Nazywanie Prosimy o nazwanie dwóch przedmiotów, które kolejno pokazujemy badanemu (ołówek, zegarek)  Jak nazywa się ten przedmiot?  Jak nazywa się ten przedmiot? |
| Powtarzanie |
| Proszę dosłownie powtórzyć następujące zdanie: *„Ani tak, ani nie, ani ale”* |
| Wykonywanie poleceń |
| Proszę uważnie posłuchać treści całego polecenia, a następnie wykonać te polecenia:  proszę wziąć kartkę do lewej/prawej ręki, złożyć ją oburącz na połowę, i położyć ją na kolana.  Pokazujemy badanemu tekst polecenia *„Proszę zamknąć oczy”.*  Proszę przeczytać to polecenie i je wykonać. |
| Pisanie |
| Dajemy osobie badanej czystą kartkę papieru i prosimy o napisanie dowolnego zdania: *„Proszę napisać na tej kartce jakieś dowolne zdanie”* |
| Praksja konstrukcyjna |
| Proszę przerysować ten rysunek tak dokładnie, jak tylko to możliwe. |
| Interpretacja: 28–30 pkt – norma,  24–27 pkt – zaburzenia funkcji poznawczych,  23 pkt – próg otępienia,  20–22 pkt – otępienie o małym stopniu zaawansowania,  19–10 pkt – otępienie o średnim stopniu zaawansowania,  9–0 pkt – otępienie głębokie |

**NR 7 Geriatryczna Skala Oceny Depresji – „wersja 15**‑**punktowa” wg Yesavage’a**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź | | |
| 1 Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan/i zadowolony/a? | tak | **NIE** |
| 2 Czy zmniejszyły się Pana/i zainteresowania lub aktywność (ilość zajęć)? | **TAK** | nie |
| 3 Czy ma Pan/i uczucie, że Pana/i życie jest puste? | **TAK** | nie |
| 4 Czy często czuje się Pan/i znudzony/a? | **TAK** | nie |
| 5 Czy zwykle jest Pan/i w dobrym nastroju? | tak | **NIE** |
| 6 Czy obawia się Pani/i, że może przydarzyć się Pan/i coś złego? | **TAK** | nie |
| 7 Czy przez większość czasu czuje się Pan/i szczęśliwy/a? | tak | **NIE** |
| 8 Czy często czuje się Pan/i bezradny/a? | **TAK** | nie |
| 9 Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan/i w nim pozostać? | **TAK** | nie |
| 10 Czy uważa Pan/i, że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni? | **TAK** | nie |
| 11 Czy uważa Pan/i, że wspaniale jest żyć? | tak | **NIE** |
| 12 Czy czuje się Pan/i gorszy/a od innych ludzi? | **TAK** | nie |
| 13 Czy czuje się Pan/i pełen/pełna energii? | tak | **NIE** |
| 14 Czy uważa Pan/i, że sytuacja jest beznadziejna? | **TAK** | nie |
| 15 Czy myśli Pan/i, że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani? | **TAK** | nie |
| Za każdą odpowiedź „wytłuszczoną” 1 punkt.  Liczba punktów …/15  **Interpretacja:**  0–5 bez depresji,  6–10 depresja umiarkowana,  11–15 depresja ciężka |  |  |

**NR 8 Kwestionariusz oceny stopnia odżywienia MNA**

|  |
| --- |
| **Czy przyjmowanie pokarmów w okresie ostatnich trzech miesięcy zmniejszyło się z powodu utraty apetytu, problemów z trawieniem, żuciem czy połykaniem?** |
| w dużym stopniu – 0 pkt |
| w umiarkowanym stopniu – 1 pkt |
| nie zaobserwowano – 2 pkt |
| **Utrata masy ciała w ostatnich trzech miesiącach:** |
| więcej niż 3 kg – 0 pkt |
| badana osoba nie wie, nie potraf sprecyzować – 1 pkt |
| utrata masy ciała 1–3 kg – 2 pkt |
| bez utraty masy ciała – 3 pkt |
| **Mobilność/zdolność do samodzielnego przemieszczania się:** |
| nie opuszcza sam (sama) łóżka lub krzesła – 0 pkt |
| jest w stanie sam (sama) podnieść się z łóżka lub krzesła, lecz nie wychodzi na zewnątrz – 1 pkt |
| wychodzi samodzielnie z domu – 2 pkt |
| **Czy w ciągu trzech ostatnich miesięcy wystąpiła u Pani/Pana choroba o przebiegu ostrym lub stres o znacznym nasileniu?** |
| tak – 0 pkt |
| nie – 2 pkt |
| **Problemy neuropsychologiczne** |
| znacznego stopnia demencja lub depresja – 0 pkt |
| umiarkowanego stopnia demencja lub depresja – 1 pkt |
| bez problemów psychologicznych – 2 pkt |
| **Wskaźnik masy ciała (body mass index – BMI)** |
| BMI <19 – 0 pkt |
| BMI 19–21 – 1 pkt |
| BMI 21 i <23 – 2 pkt |
| BMI 23 – 3 pkt |
| Wynik końcowy: …/14 pkt  **Interpretacja**:  liczba punktów w badaniu przesiewowym, maksymalnie 14 pkt.  ≥12 pkt – stan odżywienia prawidłowy, bez zagrożenia, nie wymaga kontynuacji MNA,  ≤11 pkt – możliwość niedożywienia, wskazana dalsza ocena, wykonanie pełnej wersji MNA |